

## **AUFNAHMEANTRAG**

\_\_\_\_\_  
Titel / Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort / Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

Hiermit beantrage ich, als Mitglied in den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) aufgenommen zu werden.

Ich wurde von \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie anerkannt (**Kopie der Urkunde**)

und bin Mitglied der Landeszahnärztekammer \_\_\_\_\_

- Ich bin:
- a) ausschließlich auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie in freier Praxis tätig
  - b) bei einem Kieferorthopäden in freier Praxis als Kieferorthopäde angestellt
  - c) im öffentlichen Dienst, ausgenommen Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, beschäftigt und freiberuflich ausschließlich auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie tätig
  - d) ausschließlich auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie im öffentlichen Dienst, ausgenommen im Medizinischen Dienst der Krankenkassen tätig
  - e) als Hochschullehrer auf dem Gebiet der Kieferorthopädie tätig
- Nichtzutreffendes bitte streichen!

Datum der Niederlassung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift